



QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT CONFIDENTIEL

Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.

Nom et prénom(s) du patient :
Adresse :
Code Postal Ville :
Tél domicile : Portable :
Date de naissance : Age : Sexe : M ☐ F ☐
Adresse e-mail :
Profession :
Adressé et/ou recommandé par :
Nom de votre Médecin Traitant :

RAISON ET ETAT DE SANTE GENERAL

Raison de la visite :
.....

Date approximative du dernier examen dentaire (ou soins dentaires) :

Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous en bonne santé ? ☐ Oui ☐ Non

Antidépresseurs ☐

Asthme ☐

Chirurgie esthétique ☐

Désordres hormonaux ☐

Œdèmes (gonflements) ☐

Pacemaker ☐

Pertes de connaissance ☐

Problèmes circulatoires ☐

Maladies cardiaques ☐ Si oui, lesquelles :

Allergies ☐ Si oui, lesquelles :

Autres maladies :

Maladie du foie ☐

Problèmes nerveux ☐

Maladie du sang ☐

Sinusites répétées ☐

Syncopes, vertiges ☐

Thyroïde ☐

Troubles des reins ☐

Tumeur maligne ☐

Prothèses (autres que dentaires) ☐

Rhumatisme Articulaire Aigu ☐

Séropositivité HIV ☐

Diabète ☐

Glaucome ☐

Hépatite A, B ou C ☐

Lésions cardiaques congénitales ☐

Ulcères à l'estomac ☐

- Suivez-vous un traitement médical en ce moment ? ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, pour quelle(s) raison(s) :
Prenez-vous des médicaments ? ☐ Oui ☐ Non
- Si oui lesquels :

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ?

☐ Oui ☐ Non

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous subi un traitement par radiations ? ☐Oui ☐Non

Etes-vous fumeur ? ☐Oui ☐Non Si oui, nombre de cigarettes/jour :

Madame, Mademoiselle, êtes vous enceinte ? ☐Oui ☐Non

- Si oui, de combien de mois ?
- Allaitiez-vous ? ☐Oui ☐Non

Prenez-vous un médicament contre l'ostéoporose à base de Biphosphonate (Didronel, Clabostan, Lytos, Skelid, Aredia, Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva, Bondranat, Zometa, Aclasta) ? ☐Oui ☐Non

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ? ☐Oui ☐Non

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? ☐Oui ☐Non

Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? ☐Oui ☐Non

Date et Signature :